

(別紙様式9)

## 医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた 医薬品の投与の実施(変更)報告書

上記について報告します。

平成 年 月 日

保険医療機関コード	
-----------	--

保険医療機関・  
保険薬局の  
所在地及び名称

開設者名

④

(法人の場合は、法人印)

(連絡先) TEL ( ) -

中国四国厚生局長 殿

(実施日・変更日 年 月 日)

### 1. 医薬品等

成分名	販売名	効能・効果	用法・用量	医薬品医療機器 等法の承認年月	患者からの徴収額

### 2. 薬剤師の勤務状況

氏名	勤務時間	氏名	勤務時間